



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Políticas y Sociales

Centro de Posgrados

Maestría en Género, Desarrollo, Salud Sexual y Reproductiva

Percepciones de las parturientas sobre la violencia obstétrica, en el “Centro de

Salud Inclusivo Carlos Elizalde” mayo – julio 2018

**Trabajo de titulación previo a la obtención del
título de Magister en Género, Desarrollo, Salud
Sexual y Reproductiva**

Autora:

Cecilia Alexandra Bravo Regalado

C.I. 0102753753

Directora:

Dra. Tatiana Isabel Ortiz Tarira

C.I. 0907622096

Cuenca - Ecuador

20/06/2019



RESUMEN

La violencia obstétrica es considerada un problema de salud pública y asunto de derechos humanos, tiene un origen multifactorial donde confluye la violencia institucional y de género.

Los objetivos de la investigación fueron determinar las percepciones de las parturientas sobre la violencia obstétrica en el Centro de Salud Inclusivo Carlos Elizalde de la ciudad de Cuenca, caracterizar a la población según variables sociodemográficas, determinar los tipos de violencia percibida y relacionarlos con dichas variables.

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Se aplicó el test para denunciar la violencia obstétrica a 86 mujeres mayores de 19 años, que decidieron previo consentimiento participar en el estudio.

Las mujeres no percibieron violencia psicológica y en un bajo porcentaje percibieron violencia física dada por el intervencionismo propio en la atención del parto, fundamentalmente el uso de medicamentos para acelerar el trabajo de parto (17,4%) y ruptura artificial de las membranas (5,8%). Las mujeres encuestadas fueron predominantemente jóvenes entre 19 y 29 años (89,5%), de procedencia rural (58,1%), con bajo nivel de instrucción (69,8%), amas de casa (55,8%) y en unión libre (58,14%). Solo el 19,7% conocía de alguna ley que protege los derechos de la mujer en relación con la violencia obstétrica y a favor del parto humanizado.

De acuerdo a los tipos de violencia las mujeres no percibieron violencia psicológica y en un porcentaje bajo percibieron violencia física dada por el intervencionismo propio en la atención del parto, o la realización de procedimientos durante el trabajo de parto y parto, sin previa explicación y consentimiento informado.

Palabras Clave: Violencia obstétrica. Violencia de género. Violencia física. Violencia psicológica. Parto humanizado.



ABSTRACT

Obstetric violence is a public health problem and a human rights issue, has a multifactorial origin where institutional and gender violence converge.

The objectives of the research were to determine the perceptions of parturients about obstetric violence at the Carlos Elizalde Inclusive Health Center in the city of Cuenca, characterize the population according to sociodemographic variables, determine the types of perceived violence and relate them to these variables.

A descriptive, transversal and retrospective study was carried out. The test was applied to report obstetric violence to 86 women older than 19 years, who decided to participate in the study prior consent.

Women did not perceive psychological violence and in a low percentage physical violence and intervention mainly the use of medicines to accelerate labor (174%) and artificial rupture of membranes (5.8%). The women surveyed were predominantly young between 19 and 29 years old (89.5%), of rural origin (58.1%), with low level of education (69.8%), housewives (55.8%) and in free union (58.14%). Only 19.7% knew of any law that protected the rights of women in relation to obstetric violence and a favor of humanized childbirth.

According to the types of violence, women did not perceive psychological violence and in a low percentage physical violence was perceived by the intervention or the performance of the procedures during labor and participation, without prior notice and in writing.

Key word: Obstetric violence. Gender violence. Physical violence. Psychological violence. Humanized delivery.



ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
ÍNDICE.....	4
ÍNDICE DE TABLAS.....	6
INTRODUCCIÓN.....	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
JUSTIFICACIÓN.....	13
CAPÍTULO I.....	14
FUNDAMENTO TEÓRICO.....	14
1.1 MARCO TEÓRICO	14
1.1.1 Violencia de Género.....	14
1.1.2 Violencia Obstétrica.....	16
1.1.3 Reconocimiento legal de la violencia obstétrica.....	25
1.1.4 Prevención de la violencia obstétrica.....	30
1.1.5 Normativas en la atención durante la labor del parto, parto y postparto, según Ministerio de Salud del Ecuador.....	31
1.1.6 Humanización de la atención de salud: parto humanizado.....	34
1.3 HIPÓTESIS	34
1.4 OBJETIVOS.....	35
1.4.1 Objetivo General.....	35
1.4.2 Objetivos Específicos.....	35
CAPÍTULO II.....	36
2. DISEÑO METODOLÓGICO	36
2.1 Diseño general del estudio.....	36
2.1.1 Tipo de estudio.....	36
2.2 Área de estudio.....	36
2.3 Población y muestra.....	37
2.3.1 Población.....	37
2.3.2 Muestra.....	37



2.4 Criterios de inclusión y exclusión	38
2.4.1 Criterios de inclusión.....	38
2.4.2 Criterios de exclusión.....	38
2.5 Técnicas, instrumentos y procedimientos.....	38
2.5.1 Técnicas e instrumentos.	38
2.5.2 Procesamiento y análisis de la información.	39
2.6 Consideraciones éticas.....	39
CAPÍTULO III	41
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	41
3.1 Características Sociodemográficas	41
3.2 Antecedentes.....	43
3.3 Resultados del Cuestionario de Violencia Obstétrica	45
Tabla 10 Análisis de violencia obstétrica	45
CAPÍTULO IV	51
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	51
4.1 Discusión	51
4.2 Conclusiones.....	60
4.3 Recomendaciones	61
BIBLIOGRAFÍA	62
ANEXOS	68
ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	68
ANEXO 2 ENCUESTA	69



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución según el intervalo de edad	41
Tabla 2 Distribución según el Estado Civil	41
Tabla 3 Distribución según el Grado de Instrucción	42
Tabla 4 Distribución según el Lugar de Residencia	42
Tabla 5 Distribución según la Situación Laboral	43
Tabla 6 Distribución según la Cantidad de Gestaciones	43
Tabla 7 Distribución según la Cantidad de Partos.....	44
Tabla 8 Distribución según la Cantidad de Cesáreas.....	44
Tabla 9 Distribución según la Cantidad de Abortos	45
Tabla 10 Análisis de violencia obstétrica	45
Tabla 11 Pregunta 5. ¿Se le realizaron alguno o varios de los siguientes procedimientos sin pedirle consentimiento o informarle de los riesgos sin explicarle porque eran necesarios? ..46	
Tabla 12 Pregunta 6. ¿Durante el periodo de dilatación la obligaron a permanecer acostada boca arriba, aunque refiriera incomodidad?	47
Tabla 13 Pregunta 7. ¿La privaron de la posibilidad de caminar o buscar posiciones según sus necesidades?	48
Tabla 14 Pregunta 8. ¿Durante el momento de expulsión le impidieron tomar la postura más cómoda para usted para pujar?	48
Tabla 15 Pregunta 9. Durante todo el proceso ¿Se le impidió estar acompañada por alguien de confianza?	48
Tabla 16 Pregunta 10. ¿Al momento del nacimiento se le impidió el contacto inmediato con su hijo antes de que se realizaran cuidado o intervenciones rutinarias (pesar, medir, administración de vacunas y baño)?	49
Tabla 17 Pregunta 11. ¿La experiencia de la atención en el parto la hizo sentir vulnerable, incapaz, culpable o insegura?	49
Tabla 18 Pregunta 12. ¿Conoce alguna ley que la respalde contra la violencia obstétrica?..50	



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio
Institucional

Yo, Cecilia Alexandra Bravo Regalado, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación “Percepciones de las parturientas sobre la violencia obstétrica, en el Centro de Salud Inclusivo Carlos Elizalde, mayo-julio 2018” de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no para el uso comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

El mismo que autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 20 de Junio 2019

Cecilia Alexandra Bravo Regalado
CI 0102753753



Cláusula de Propiedad Intelectual

Yo, Cecilia Alexandra Bravo Regalado, autora del trabajo de titulación "Percepciones de las parturientas sobre la violencia obstétrica, en el Centro de Salud Inclusivo Carlos Elizalde, mayo-julio 2018" certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación, son de exclusiva responsabilidad de mi autoría.

Cuenca, 20 de Junio 2019

Cecilia Alexandra Bravo Regalado

CI 0102753753

INTRODUCCIÓN

Durante el parto las mujeres pueden ser víctimas de abusos y tratamiento no respetuoso en las instituciones de salud. Más allá de violar sus derechos a una atención de calidad, esto pone en riesgo su integridad física y mental en un momento que por sus características resulta muy peculiar. (Organización Mundial de la salud, 2014) (Da-Silva & Santana, 2017)

La violencia obstétrica es cualquier acción de efecto negativo, ya sea de carácter físico y/o psicológico durante el proceso de parto natural. Generalmente, se materializa mediante un tratamiento deshumanizado por parte de los profesionales de la salud. (Da-Silva y Santana, 2017). También es la inclinación a medicalizar o hacer patológicos aquellos procesos reproductivos que son naturales como la atención de la salud sexual, el embarazo, parto y puerperio. (Soto, 2016) (Osmar Figueroa, Hurtado, Valenzuela, Bernal, & Gonzales, 2017)

De acuerdo a la declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el trato desconsiderado e insultante durante el parto en centros de salud, puede manifestarse con: maltrato físico, humillación y ofensa verbal, realización de procedimientos médicos sin el consentimiento de la mujer o con coerción, faltas a la confidencialidad, no administración de analgésicos para el alivio del dolor, violación de la privacidad y actitud negligente durante la atención del parto. También, esta organización declara, que tienen más probabilidades de ser maltratadas las mujeres que son: adolescentes, solteras, con bajo nivel socioeconómico, que pertenecen a un determinado grupo étnico, inmigrantes y con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). (Organización Mundial de la salud, 2014)

La violencia obstétrica tiene un origen multifactorial donde concurren la violencia institucional y la violencia de género; por esto, además de ser considerado un problema de



salud pública, es asunto de derechos humanos (Organización Mundial de la salud, 2014) (Soto, 2016)(Al Abid, Ibáñez, Casado, & Santos, 2017). Es una forma particular de violar los derechos humanos y reproductivos de la mujer, incluye: discriminación, actos que atentan contra sus derechos de igualdad, de obtención de información, de integridad, de salud y autonomía.(Figuerola et al., 2017)

Las prácticas de formas de violencia obstétrica pueden tener consecuencias desfavorables directamente en la madre y en el recién nacido, hasta la mortalidad de ambos y ser un factor significativo para la desmotivación de las mujeres a la hora de buscar asistencia médica en instituciones de salud. (Jardim y Modena, 2018) (Cáceres & Nieves, 2017)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En las últimas dos décadas, ha existido un incremento de diferentes prácticas obstétricas que permiten dar inicio, acelerar, terminar o regular el proceso fisiológico del trabajo de parto. Esta medicalización del parto menoscaba la capacidad que tiene la mujer de dar a luz e impacta de forma negativa su experiencia de parto; incrementando, además, el uso de intervenciones médicas en este proceso. (Organización Mundial de la salud, 2014)

Es reconocido a nivel mundial que las mujeres durante la atención del parto son tratadas de forma violenta, sin respeto a sus derechos humanos. Hay reportes en Kenia (Abuya, Sripad, Ritter, Ndwiga, & Warren, 2018), en la República Checa (Begley, Sedlicka, & Daly, 2018), India (Sen, Reddy, Iyer, & Heidari, 2018), Tanzania (Freedman et al., 2018), Ghana (Maya et al., 2018). Mientras en el Reino Unido y otros países de Europa este problema no es tema principal de sus publicaciones, es en América Latina y el Caribe donde es bien conocido este problema y donde adquiere su mayor connotación, donde se ha tratado política y legalmente. (McGarry, Hinsliff, Watts, McCloskey, & Evans, 2017) (Quattrocchi, 2018)

Es Venezuela el primer país que define la violencia obstétrica, en el año 2007 (Díaz y Fernández, 2019). Otros países involucrados en esta problemática son: Argentina, México, Chile, (Díaz & Fernández, 2019), Brasil (Grilo, Rattner, Lucas, de Aguiar, & Niy, 2018) y República Dominicana (Arachu Castro & Savage, 2018).

En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública reconoce que existen diferencias marcadas para poblaciones indígenas y afroecuatorianas, en la atención del parto en unidades de salud según sus expectativas de la satisfacción de sus necesidades socioculturales, lo que constituye una barrera para estas mujeres busquen este tipo de



atención. Las razones fundamentales que llevan a las mujeres de estos grupos a preferir un parto domiciliario y no un parto institucional son: el trato interpersonal incorrecto de los prestadores de salud. (Ministerio de Salud Pública Ecuador, 2008a)

De acuerdo a informe de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) del año 2017, en Ecuador no existen datos concretos sobre la práctica de violencia obstétrica (VO), ni en el sistema público, ni en el privado; solo existen estadísticas sobre la tasa de cesáreas y se desconoce sobre el número de episiotomías rutinarias, inducciones involuntarias, maniobras de Kristeller, litotomías, impedimento del apego precoz, maltrato físico y psicológico, violación de derechos (autonomía, información, intimidad, acompañamiento, entre otros). (Coalición Nacional De Mujeres Del Ecuador, 2017)

La OMS recomienda para la prevención y erradicación del maltrato y la falta de respeto en el parto, en centros de salud a nivel mundial un mayor respaldo de las investigaciones sobre este tema especialmente en cómo definir y medir este problema en los centros de salud públicos y privados de todo el mundo, y para comprender mejor su impacto en las experiencias y las elecciones de salud de las mujeres. (Organización Mundial de la salud, 2014)

Con estos antecedentes la pregunta a responder con nuestra investigación es: ¿Hay violencia durante la atención del parto en el Centro de Salud Inclusivo Carlos Elizalde de la ciudad de Cuenca, en el período mayo-julio del año 2018?



JUSTIFICACIÓN

La violencia obstétrica que se producen en las instituciones de salud contra la mujer embarazada durante la atención del parto, cada vez más, está siendo reconocida como una problemática importante de salud pública a nivel internacional y en Ecuador. A pesar de ser muy frecuente, actualmente no se conoce con precisión su prevalencia y su impacto en la salud integral de las mujeres en el primer nivel de atención; por lo que se hacen necesarios estudios como el nuestro que contribuyan a evidenciarlo y hacerlo tangible. De esta manera se justifica la novedad y pertinencia de nuestra investigación.

El Centro de Salud Inclusivo "Carlos Elizalde", atiende la población de nueve parroquias con aproximadamente 164.468 habitantes. Es el establecimiento dentro del primer nivel de salud que atiende la mayor cantidad de partos, además, de practicar el enfoque intercultural. Cada mes se atienden un promedio de 30 partos, con una cobertura del 80% de control prenatal, regulación de la fecundidad, entre otras atenciones.

Realizar el presente estudio permitirá obtener información verás respecto a la violencia obstétrica, lo cual es vital para mejorar la calidad de la atención al parto, de acuerdo a las necesidades culturales de nuestra población con un enfoque humanitario, intercultural y de respeto a los derechos en salud materna y neonatal, lo cual permitirá satisfacer a estos grupos vulnerables en los cuales las barreras de acceso incrementan los indicadores de morbilidad y mortalidad materno infantil.



CAPÍTULO I

FUNDAMENTO TEÓRICO

1.1 MARCO TEÓRICO

1.1.1 Violencia de Género.

1.1.1.1 Conceptualización.

La Organización de Naciones Unidas (ONU), en el 1995 definió la violencia de género como "todo acto de violencia sexista que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual, psíquico, incluidas las amenazas, la coerción la privación arbitraria de la libertad, ya sea en la vida pública o privada". (Calvo & Camacho, 2014 p.425)

La violencia contra las mujeres es la manifestación extrema de una situación de desigualdad y sometimiento en el cual viven las mujeres en el mundo. Atenta contra el derecho a la vida, la libertad, la seguridad y la dignidad de las mujeres y como consecuencia, un impedimento para el desarrollo de la democracia en la sociedad. (Da-Silva y Santana, 2017)

1.1.1.2 Tipos de violencia contra la mujer.

- **Violencia física:** es todo acto con uso de la fuerza que provoque daño, dolor o sufrimiento de tipo físico a la persona agredida, sin importar el medio usado o sus consecuencias. (Soto, 2016)

- **Violencia psicológica:** La violencia de tipo psicológica es talvez la forma de violencia, más frecuente en el contexto de la prestación de servicios de Obstetricia, esta se define como: cualquier acto u omisión que afecte la estabilidad psicológica; puede ser por negligencia, abandonar, descuidar, insultar, humillar, desvalorizar, marginar, mostrarse indiferente, hacer comparaciones destructivamente, rechazar, amenazar y limitar la autodeterminación. (Soto, 2016)



- **Violencia sexual:** es la que impone el ejercicio de la sexualidad a una persona, ya que la obliga a tener relaciones sexuales con el violador o con otras personas, haciendo uso de la fuerza, intimidando, amenazando o mediante coerción. (Camacho, 2014)
- **Violencia familiar:** cuando un integrante de la familia tiene una conducta de uso de la fuerza física o la violencia psicológica (intimidación, persecución o amenaza) y la ejerce contra una mujer, y esto menoscaba su libertad, dignidad, bienestar; su integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial. También puede ser una persona con quien la mujer mantiene o mantuvo alguna relación afectiva. (Camacho, 2014)
- **Violencia patrimonial y económica:** es toda conducta que cause daño a los bienes (muebles o inmuebles), afectando el patrimonio de la mujer. También es la que puede ocasionar el deterioro o pérdida de recursos económicos o patrimoniales de la mujer. Incluye actos que forjan limitantes económicas como: controlar los ingresos, privar a la mujer de los medios económicos imprescindibles para la vida. Esto puede también manifestarse mediante la perturbación de la posesión, la tenencia de sus bienes; con la pérdida, robo, destrucción, retención de instrumentos de trabajo, documentos personales, objetos, bienes o derechos patrimoniales. (Camacho, 2014)
- **Violencia institucional:** también relacionada con la atención médica, consiste en actos u omisiones por parte de los servidores públicos que discriminan o tengan el objetivo de dilatar, obstaculizar o impedir el goce y el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso a políticas públicas que están destinadas a la prevención, atención, investigación, sanción y erradicación de los diferentes tipos de violencia contra la mujer. (Soto, 2016)
- **Violencia obstétrica:** se describe a continuación.



1.1.2 Violencia Obstétrica.

1.1.2.1 Conceptualización de la violencia obstétrica.

La violencia obstétrica ha sido definida como:

La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. (Jardim & Modena, 2018, p.2)

1.1.2.2 Etiología de la violencia obstétrica.

La violencia obstétrica representa una violación de los derechos humanos y un problema de salud pública grave, esta se muestra en forma de actos con negligencia, imprudencia, omisiones, discriminación, irrespeto por parte de los profesionales de la salud y justificados por las relaciones simbólicas de poder que la convierte en algo natural y trivial. (Jardim & Modena, 2018)

Hay abuso de poder de los profesionales de la salud al negarse a cumplir con su deber de informar y solicitar autorización para realizar cualquier proceder sobre ellas, lo cual implica una vulneración reiterativa de la autonomía. Esta mala praxis se mantiene porque es vista como algo normal, es decir, que la mujer necesita que otros piensen y tomen decisiones por ella en relación con su cuerpo.

Al igual que otros tipos de violencia contra la mujer, la violencia obstétrica se ha hecho natural e invisible, muchas mujeres que la viven creen que es normal, porque desconocen sus derechos y poseen actitudes sumisas, frente a los profesionales de salud. Por otra parte, los médicos reproducen su papel, actitudes y prácticas sin preocuparse si estas son las más adecuadas en el sentido de proteger los derechos humanos de las mujeres y del recién nacido. (Soto, 2016)



Estos profesionales, poseen cierta autoridad científico- técnica, que usan para establecer relaciones de poder, rompiéndose así la relación humana, con sus pacientes. Esta relación caracterizada por la imposición unilateral de una autoridad crea un terreno fecundo para las diversas formas de violencia durante la atención al trabajo de parto y parto. En la paciente causa una crisis de confianza respecto al cuidado que se le presta y aparece la falta de autonomía de la mujer para decidir sobre su cuerpo. (Jardim & Modena, 2018)

Existe una relación profunda relación entre la representación de la ideología de género y la ocurrencia de la violencia obstétrica. La imagen de la mujer culturalmente es un ser reproductor, con inferioridad física y moral, lo cual sienta las bases o el precedente para la dominación, el control, abuso y la coacción de sus cuerpos y de su sexualidad y relacionado con esto la discriminación.

La violencia obstétrica es fruto de una ideología patriarcal que reduce, reprime la figura femenina, limitando su poder y sus formas de expresión. En este escenario, a la mujer se destituye de su identidad y se reduce al papel reproductor. (Jardim & Modena, 2018) (García, 2015)

En el contexto del trabajo de parto y el parto las mujeres se hallan semidesnudas frente a extraños, solas en ambiente desconocido, en una posición poco ventajosa (con las piernas abiertas y levantadas, exponiendo los genitales). Como si no fuera suficiente comúnmente privadas del contacto físico con sus hijos al nacer, se les niega el acompañamiento de su elección, no reciben información sobre los procedimientos a ejecutar durante su atención, se les prohíbe la alimentación y la deambulaci3n, reciben intervenciones innecesarias o sin consentimiento como: reiterados tactos vaginales, uso de oxitocina para acelerar el trabajo de parto, episiotomía, maniobra de Kristeller, cesárea, entre otros. (Jardim & Modena, 2018)

1.1.2.3 Tipos de violencia obstétrica.

- **Violencia en las relaciones de poder:** dada por la conducta sumisa, pasiva y obediente de la mujer con respecto al equipo de salud en el cual la figura del médico es la autoridad incuestionable, de esta manera se desarrolla una relación de poder con prácticas discriminatorias de género, edad, etnia, instrucción, estado civil. (Cobo, 2016)
- **Violencia con el cuerpo femenino:** es la realización de cualquier tipo de intervencionismo no necesario o sin el consentimiento de la paciente. Entre los cuales se encuentran: cesárea, episiotomía, maniobras que aplican la fuerza física y medicalización en exceso. (Cobo, 2016)
- **Violencia a través de la comunicación:** consiste en maltrato de parte del emisor, en este caso quienes conforman el equipo de salud hacia el receptor (la mujer) durante el embarazo, parto o puerperio. Puede ser una agresión verbal como: el aumento del tono de voz, impaciencia, insultos, frases irónicas, humillación, amenazas, discriminación, ausencia de aclaraciones; información negada, fragmentada o confusa y falta de atención o indiferencia. (Cobo, 2016)
- **Violencia en forma de servicio:** es el incumplimiento por parte de las autoridades de cada casa de salud de las normas establecidas para brindar un servicio integral. Ejemplos son: la burocratización del acceso a servicios, demora en la atención, condiciones precarias del servicio, falta o ausencia de profesionales. (Cobo, 2016)
- **Violencia en forma de violación de derechos:** comprende el incumplimiento de los derechos de la paciente por parte del equipo de salud. Ejemplos: no permitir que tenga un acompañante durante el parto o impedir el contacto precoz entre la madre y el recién nacido sin justificación. (Cobo, 2016)



1.1.2.4 Consecuencias de la violencia obstétrica.

Las consecuencias de la violencia obstétrica pueden ser diversas, afectando de forma física, psicológica, tanto a la madre como al recién nacido, esto puede ocurrir a corto o a largo plazo.

El exceso de intervencionismo puede conllevar a un mayor uso de medicamentos postparto a un aumento de la morbilidad y mortalidad materna e infantil, en el caso de las cesáreas.

En el caso de la episiotomía a lesiones físicas graves como dispareunia e incontinencia, ya sea urinaria o fecal (Cobo, 2016). También el uso de oxitocina para acelerar el trabajo de parto se encuentra asociado a un incremento del riesgo de hemorragia post parto.(Belghiti et al., 2011)

En Estados Unidos se estima que la prevalencia del stress postraumático perinatal es de un 9 % y un 18% adicional de pacientes se encuentran en riesgo de padecerlo. (Vignato, Georges, Bush, & Connelly, 2017)

Hasta un tercio de las mujeres valora su parto como traumático y un 25 % manifiesta algún componente de los síntomas clínicamente significativos de estrés postraumático. Este trastorno conlleva otras comorbilidades como la depresión posparto en el 72% y la ideación de suicidio, en el 23% de casos y perjudica el vínculo materno y de forma indirectamente tiene efectos adversos en la salud infantil.(Dekel, Stuebe, & Dishy, 2017)

El daño psicológico puede manifestarse como: shock postraumático, depresión después del parto, crisis de ansiedad, dificultades para establecer el vínculo o apego con su



hijo/a, baja autoestima, problemas de autocontrol y eventuales situaciones de sobreprotección hacia los hijos. (Cobo, 2016)

Las mujeres que padecen estrés postraumático durante semanas o meses después del parto recuerdan y vuelven a vivir este evento mediante flashbacks y pesadillas, cualquier hecho puede recordarle el parto y desencadenar una reacción de ansiedad. Experimentan sensación de estar desorientadas o extrañas ante sus bebés y ausentes de la realidad, el trauma vivido hace que necesiten hablar continuamente de lo que les sucedió y que busquen información médica sobre sus partos de manera obsesiva, se sienten molestas con los profesionales, con sus familiares y consigo mismas. (Schwab, Marth, & Bergant, 2012)

Post-traumatic Stress Disorder Post Partum

En relación con el recién nacido, podemos decir que las cesáreas y las inducciones del parto inadecuadas han provocado un aumento del número de partos pre-término y neonatos con peso bajo al nacer, que, a su vez, dan lugar a otras complicaciones en el recién nacido. La cesárea, respecto al parto normal tiene además un mayor riesgo de morbilidad fetal y neonatal.

Secundario a este intervencionismo los neonatos sufren dificultad respiratoria y a largo plazo problemas de aprendizaje o trastornos del espectro autista. Además, de las repercusiones que se derivan de la separación madre-hijo. (Cobo, 2016)

Otras consecuencias pueden ser:

- Una alta insatisfacción de las mujeres con su experiencia de parto, con el trato recibido y rechazo a las instalaciones sanitarias.
- Bajas tasas de éxito en la lactancia materna.

- Disminución de la confianza en sí misma y en el sistema sanitario, y condicionamiento de su vida reproductiva posterior.
- Incremento del gasto para el sistema de salud pública, al realizarse un consumo de materiales, aparatos, medicamentos, innecesarios para la atención de un parto que podía ser normal. (Cobo, 2016)

1.1.2.5 Violencia Obstétrica en Ecuador.

Las mujeres fundamentalmente de grupos indígenas y afroecuatorianas, muestran insatisfacción de sus necesidades socioculturales en la atención del parto en unidades de salud, lo que constituye una barrera para estas mujeres busquen este tipo de atención y prefieren un parto domiciliario y no un parto institucional.

Las razones fundamentales identificadas son: el trato interpersonal incorrecto de los prestadores de salud, que se evidencia en un trato poco amable, en la impaciencia de los médicos y enfermeras, falta la habilidad para la comunicación en el idioma nativo de la usuaria, falta de privacidad, no ofrecer confianza pues no atienden sus inquietudes y no les informan de forma adecuada, demoras para la atención, manifestaciones claras de maltrato físico y verbal, trato irrespetuoso y discriminatorio. (Ministerio de Salud Pública Ecuador, 2008a)

La violencia obstétrica está fuertemente vinculada a la falta de satisfacción de las mujeres en torno a sus necesidades de información sobre los procesos del embarazo, del trabajo de parto, parto y postparto; usualmente tampoco son informadas sobre las preguntas o preocupaciones que ellas expresan o cuando enfrentan algún problema de salud o complicación en el curso de estos eventos reproductivos.

Otros aspectos son: la limitación para ejecutar preferencias personales como: escoger la posición que les resulta más cómoda para el parto, tener un acompañante de su



elección durante el trabajo de parto; prácticas tradicionales que para ellas son importantes como: mantener su propio vestuario para arroparse, una luz tenue y una temperatura cálida del ambiente, posibilidad de consumir bebidas y comidas especiales para la madre, la posibilidad de tener la placenta para incinerarla o enterrarla según sus costumbres locales. (Ministerio de Salud Pública Ecuador, 2008a)

La violencia obstétrica no solo se refiere al trato que reciben las mujeres que concluyen su embarazo en un parto, sino también el trato y forma de relación que establece el equipo de salud y las instituciones de salud (muchas de las antes descritas) con las mujeres cuyo embarazo termina en un aborto, y que con frecuencia son objeto de muchos tratos violentos, discriminatorios, invasión de la privacidad y vulneración de la confidencialidad, postergación de sus necesidades de atención e información de su estado de salud. Esto se agrava cuando se asume que esta pérdida gestacional fue intencionada por la mujer.

Debido a esta situación el MSP ha trazado la estrategia del parto culturalmente adecuado que pretende cumplir con los objetivos del Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal y del Plan Nacional del Buen Vivir cuyas metas son: disminución en un 35% la mortalidad materna y neonatal precoz, e incrementar al 70% la cobertura de parto institucional.

Estrategias de salud pública son un gran paso de avance para enfrentar el problema de la violencia obstétrica pero no es suficiente. Para tratar el tema de la violencia obstétrica y de género serían necesarias otras acciones que formen parte de un abordaje multidisciplinario en todos los ámbitos de la sociedad: económico, social, legal y político, dirigido fundamentalmente y de forma directa al recurso humano que brinda atención obstétrica, a las instituciones que forman los profesionales de la salud y a las mujeres.



1.1.2.6 Violencia obstétrica y derechos humanos.

La violencia obstétrica constituye también una violación a los Derechos Humanos, ya sea como manifestación de la violencia de género como desde el enfoque del derecho a la salud que es un derecho humano básico y constitucional.

Cuando una mujer es víctima de violencia obstétrica, son vulnerados varios de sus derechos humanos, tales como:

Derecho a la salud y sus aspectos básicos:

El derecho a la salud incluye a la salud reproductiva, que los Estados tienen la obligación de garantizar libre de discriminación contra la mujer, garantizándoles servicios adecuados del embarazo, parto y posparto. (Medina, 2017)(GIRE, 2015)

Derecho a su integridad personal, sin tortura, penas o tratos inhumanos, con crueldad o degradantes

Esto se refiere tanto al derecho a la protección de agresiones al cuerpo, causándole dolor físico o daño a su salud, como al derecho a mantener indemnes las facultades psíquicas y morales, lo que guarda relación con la prohibición de ser obligadas o manipuladas psicológicamente en contra de su voluntad. (Medina, 2017)(GIRE, 2015)

Derecho a la información

Este derecho se cumple durante la atención del embarazo, el parto y el posparto, cuando las mujeres tienen acceso a información cierta, objetiva, libre de prejuicios. La información debe ser brindada en un lenguaje adecuado y comprensible, libre de presiones y coerciones. La información durante la atención de salud debe permitir el ejercicio del



consentimiento informado, que significa comprensión del procedimiento ofrecido y no sólo la aceptación formal del mismo. El acceso a la información incluye además la participación activa de la mujer en acciones de prevención y/o recuperación de su salud, lo que la posibilita ser sujeto de la atención y no objeto de la atención. (Medina, 2017)(GIRE, 2015)

Derecho de las mujeres a vivir libres de violencia

Este derecho incluye la protección de sufrir violencia física, sexual y psicológica consumada en establecimientos de salud. En relación a la atención obstétrica se debe respetar el derecho de la mujer a ser valoradas libres de estereotipos y conceptos de inferioridad, que conducen a la violencia. (Medina, 2017)(GIRE, 2015)

Derecho a la vida privada

Se refiere a la garantía de que no existan intrusiones de forma arbitraria en la vida privada de la persona o su familia. En el ámbito reproductivo, implica el derecho a tomar decisiones sobre su procreación (autonomía reproductiva), la forma en que desean que sea su parto, etc. (Medina, 2017)(GIRE, 2015)



1.1.3 Reconocimiento legal de la violencia obstétrica.

Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948:

Artículo 1: plantea que todo ser humano nace libre, todos son iguales en dignidad y derechos. Toda persona puede demandar todos sus derechos y libertades, sin distinciones. (Organización de las Naciones Unidas, 1948)

Artículo 2: Toda persona tiene todos los derechos y libertades que proclama la declaración universal de derechos humanos, no hay exclusión alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, afinidad política o de otro tipo como el origen nacional, posición social o económica. (Organización de las Naciones Unidas, 1948)

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos: dispone que los Estados deben respetar y garantizar a todos los individuos que se encuentren en su territorio y sujetos a su jurisdicción, los derechos reconocidos en el pacto, sin distinciones. Estos derechos son: derecho a la vida, a la libertad, a la integridad y seguridad individual, a la igualdad ante la ley. (Organización de las Naciones Unidas, 2016)

Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer:

Artículo 1: define la discriminación contra la mujer como toda diferencia, exclusión o restricción basada en el sexo con el fin de perjudicar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer. Se refiere a la igualdad de derechos humanos y libertades principales, en todos los ámbitos: político, económico, social, cultural y civil, entre el hombre y la mujer. (ONU, 1981) (Sistema de Naciones Unidas de Panamá, 2010)



Esta convención compromete a los países a crear políticas públicas encaminadas a la eliminación de todo tipo de violencia. (ONU, 1981) (Sistema de Naciones Unidas de Panamá, 2010)

Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar, y Erradicar la Violencia contra la Mujer:

Conocida también como Convención de Belém do Para, prohíbe acciones y conductas basadas en género, que origine la muerte, daño o el sufrimiento de tipo físico, sexual o psicológico a la mujer, en cualquier ambiente público o privado. Atribuye a los estados el deber de amparar con políticas a la mujer, previniendo, sancionando y erradicando todo tipo de violencia. Se muestra de acuerdo con el derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y a las libertades para la mujer, todos ellos plasmados en los instrumentos a nivel regional e internacional sobre derechos humanos y de forma especial reconoce el derecho a una vida pública y privada libre de violencia. (Avalos, 2015)

Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, derivada de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1995: su objetivo estratégico plantea adoptar medidas integradas para prevenir y eliminar la violencia contra la mujer; como una de las obligaciones estatales la adopción o aplicación de leyes pertinentes que contribuyan a la eliminación de la violencia contra la mujer, haciendo énfasis en la prevención de la violencia, en la protección de las mujeres víctimas, y en la reparación de los daños causados. (Güezmes, 2016)

Recomendación General No. 19, del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 1992:



Los derechos y libertades a las que se refiere comprenden:

- Derecho a la vida.
- Derecho a no ser torturada, tratada de forma degradante e inhumana o con penas crueles.
- Derecho a la protección en condiciones de igualdad con arreglo a normas humanitarias en tiempo de conflicto armado internacional o interno.
- Derecho a la seguridad y libertad personal.
- Derecho a la protección igualitaria de la ley.
- Derecho a la igualdad en la familia.
- Derecho a la salud física y mental.
- Derecho a condiciones de empleo justas y favorables. (CEDAW, 1992)

Recomendación General No. 35, 2017, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: se refiere que el derecho de vivir sin violencia es indivisible e independiente de otros derechos humanos. Emplea un término más exacto “violencia por razón de género contra la mujer” para destacar las causas y los efectos de la violencia de género.(Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer, 2017)

Refiere que son formas de violencia por razón de género y pueden constituir tortura, trato cruel o degradante las siguientes: las violaciones en el ámbito de la salud, los derechos sexuales y reproductivos de la mujer como forzar la esterilización o el aborto, tipificar al aborto como delito, negar o postergar el aborto sin riesgo, la continuación forzada del embarazo, el maltrato o abuso de las mujeres y las niñas que buscan servicios de salud sexual y reproductiva.(Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer, 2017)



Al mismo tiempo condena la violencia por razón de género, de cualquier tipo y lugar que ocurra. Exhorta a los Estados a que adopten leyes de protección efectivas que protejan a la mujer víctima y sobreviviente y que rechacen cualquier práctica o estereotipos que discriminen a la mujer.(Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer, 2017)

La Constitución de la República de Ecuador contempla:

Artículo 11: garantiza los derechos de la mujer a no ser discriminada por razón alguna y obliga al Estado a realizar acciones afirmativas para promover una igualdad real, en favor de titulares de derechos que se hallen en situación de desigualdad, como es el caso de las mujeres, los niños, niñas, adolescentes, personas de la tercera edad y personas con discapacidad. (Asamblea Nacional de Ecuador, 2008)

Artículo 66: garantiza tu derecho a la integridad física, psíquica, moral y sexual y a que disfrutes de una vida libre de violencia en el ámbito público y privado. (Asamblea Nacional de Ecuador, 2008)

Artículo 155: violencia es considerada cualquier acto que cause maltrato de tipo físico, psicológico o sexual a la mujer, ejecutado por un miembro de la familia u otros integrantes del núcleo familiar (cónyuge, pareja en unión libre, conviviente, ascendientes, descendientes, hermana, hermano, parientes hasta el segundo grado u otras personas con las que en algún momento ha tenido vínculos de tipo familiar, íntimo, afectivo, conyugal, convivencia, amorío o cohabitación).(Asamblea Nacional de Ecuador, 2008)

Código Orgánico Integral Penal retoma las definiciones de la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (CEDAW), 1979 y la Convención

Interamericana de Belem do Pará (1994) y las incluye la definición de violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar. (República del Ecuador Asamblea Nacional, 2014)

Ley orgánica integral para la prevención y erradicación de la violencia de género contra las mujeres

Artículo 1: Objeto. Prevenir y erradicar todo tipo de violencia contra las mujeres: niñas, adolescentes, jóvenes, adultas y adultas mayores, en toda su diversidad, en los ámbitos público y privado; en especial, cuando se encuentran en múltiples situaciones de vulnerabilidad o de riesgo, mediante políticas y acciones integrales de prevención, atención, protección y reparación de las víctimas; así como a través de la reeducación de la persona agresora y el trabajo en masculinidades. (Ecuador, 2018)

Artículo 2: Finalidad. Esta Ley tiene como finalidad prevenir y erradicar la violencia ejercida contra las mujeres, mediante la transformación de los patrones socioculturales y estereotipos que naturalizan, reproducen, perpetúan y sostienen la desigualdad entre hombres y mujeres, así como atender, proteger y reparar a las víctimas de violencia. (Ecuador, 2018)

Artículo 10: define los tipos de violencia. (física, psicológica, sexual, simbólica, política y gineco-obstétrica) (Ecuador, 2018)

Artículo 12: se refiere a los ámbitos donde se desarrolla la violencia de género específica en su literal f) la violencia en el ámbito Gineco-obstétrico: como toda acción u omisión que impide el derecho de las mujeres a la salud, que se exprese en maltrato, imposición de prácticas culturales no consentidas o violación del secreto profesional, abuso de medicalización o acciones que consideren a los procesos naturales de embarazo, parto y post parto como patologías, la esterilización forzada, la pérdida de autonomía y capacidad

para decidir sobre su cuerpo y su sexualidad, impactando negativamente su calidad de vida y la salud sexual y reproductiva.(Ecuador, 2018)

1.1.4 Prevención de la violencia obstétrica.

1.1.4.1 Recomendaciones de la OMS para la prevención de la violencia obstétrica.

- **Mayor respaldo de los gobiernos, en relación con las investigaciones y acciones sobre el maltrato y la falta de respeto:** para la mejor comprensión de este problema, de su impacto en las experiencias y las elecciones de salud de las mujeres, se requiere investigar cómo definir y medir el maltrato y la falta de respeto, en centros de salud ya sean públicos o privados. (Organización Mundial de la Salud, 2014)
- **Iniciar, respaldar y mantener programas para mejorar la calidad de la atención de la salud materna, centrados en la atención respetuosa como esencia de una atención de calidad:** las iniciativas, pueden ser: apoyo de un acompañante elegido por la paciente, permitir la movilidad, la alimentación, garantizar la confidencialidad, la privacidad, la toma de decisiones informadas, dar información a las mujeres sobre sus derechos, establecer mecanismos de reparación cuando se violen sus derechos y garantizar provisión de asistencia médica profesional de alto nivel. (Organización Mundial de la Salud, 2014)
- **Enaltecer el derecho de la mujer a recibir una atención de la salud respetuosa y digna durante el embarazo y el parto:** mediante estrategias cimentadas en los derechos, para la organización y administración de los sistemas de salud. (Organización Mundial de la Salud, 2014)

- **Generación de datos relacionados con las prácticas de atención ya sean respetuosas e irrespetuosas:** es importante la identificación, el estudio y documentación de los servicios de salud. (Organización Mundial de la Salud, 2014)

- **Involucrar a las partes interesadas en las voluntades para mejorar la calidad de la atención y eliminación de las prácticas dañinas e irrespetuosas:** mujeres, comunidades, profesionales de la salud, administradores, organismos de capacitación, educación y certificación de profesionales de la salud, asociaciones profesionales, gobiernos, investigadores, sociedades civiles y organismos internacionales. (Organización Mundial de la Salud, 2014)

1.1.5 Normativas en la atención durante la labor del parto, parto y postparto, según Ministerio de Salud del Ecuador.

1. Plan de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal

Este plan tiene como objetivo general mejorar el acceso, la oportunidad, la continuidad y calidad de la atención a mujeres en edad fértil y neonatos con enfoque familiar, intercultural e interinstitucional, para reducir los índices de muertes maternas y neonatales evitables. Entre sus objetivos específicos tiene:

Posicionar el Plan de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal en la agenda pública a todos los niveles (nacional, provincial y local). (MSP, 2008)

Actualización e implementación de un subsistema de vigilancia e investigación epidemiológica de la muerte materna y neonatal. (MSP, 2008)

Aumentar el acceso a métodos de anticoncepción, fundamentalmente en las provincias y cantones con mayores necesidades insatisfechas y en las adolescentes. (MSP, 2008)



Organización de Redes de Cuidados Obstétricos y Neonatales en adaptación con el nuevo modelo de atención de salud, priorizando provincias y cantones con mayores riesgos e indicadores de muerte materna y neonatal. (MSP, 2008)

Realizar actividades de educación y comunicación con un enfoque intercultural sobre derechos sexuales y reproductivos, sexualidad segura y responsable, prevención de embarazo en la adolescencia, acceso a métodos anticonceptivos, detección temprana de riesgos obstétricos y neonatales, entre otros. (MSP, 2008)

2. Guía de práctica clínica de Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato del Ministerio de Salud Pública:

Esta guía presenta evidencia científica para la mejor atención del trabajo de parto, parto y atención del recién nacido para contribuir a la disminución de la morbilidad materna, enfocada en la atención del parto considerándolo como situación fisiológica y controlada adecuadamente por el personal de salud. Define las mejores recomendaciones para la atención del parto en sus diferentes etapas dilatación, período expulsivo y período de alumbramiento; además, para el cuidado y manejo del neonato en el período de posparto inmediato. (Ministerio de Salud Pública, 2015)



3. Manual de Estándares e Indicadores para mejorar la calidad de atención materno neonatal:

Este manual tiene como objetivo ofrecer estándares de calidad clínicos, administrativos y de satisfacción para ser establecidos en los diferentes niveles de atención y lograr la calidad esperada en la atención de la salud materno-neonatal. (Ministerio de Salud Pública Ecuador, 2008b)

Plantea un enfoque humanitario, intercultural y de derechos en salud materna y con el objetivo de que la atención en salud incluya normas y procedimientos de acuerdo a las necesidades culturales de la población, que sean aplicados por el personal de salud en los diferentes niveles e instituciones del Sistema Nacional de Salud. Consecuentemente que estas normas permitan satisfacer a los usuarios, específicamente de origen rural, campesino, indígena y afroecuatoriano en los cuales las barreras de acceso y los índices de morbilidad y mortalidad materno infantil son mayores. (Ministerio de Salud Pública Ecuador, 2008b)

4. Normativa técnica nacional de atención de parto vertical:

Esta norma cuenta con elementos técnicos que orientan a la prestación de servicios caracterizados por buenas prácticas interculturales para la atención del parto, respetando los derechos sexuales y reproductivos conforme a las diferencias pluriculturales, regionales y locales. También favorece la comprensión del parto como un proceso natural y único, como momento importante que demanda cuidados personalizados y una atención de calidad, minimizando los riesgos que producen la medicalización excesiva y el intervencionismo en la madre y el recién nacido. Esto orientado a satisfacer las necesidades de cada mujer y recién nacido, siempre respetando sus decisiones y su cultura que incluye sus sistemas de creencias, costumbres, rituales y saberes ancestrales, siempre y cuando no comprometan la seguridad y el bienestar. (Ministerio de Salud Pública Ecuador, 2008c)



1.1.6 Humanización de la atención de salud: parto humanizado.

1. 1.6.1 Parto humanizado versus violencia Obstétrica.

En contraposición a la violencia obstétrica en el parto, en el cual las mujeres experimentan maltrato, sentimientos de que perdieron la autonomía, soledad, incomprensión y perciben como peligroso su trabajo de parto o el momento de este; ha surgido un nuevo concepto de parto humanizado el cual comprende el cuidado de la gestante con el objetivo de permitirle una vivencia satisfactoria del trabajo de parto y el parto. Entre sus características se encuentran:

- Respetar la fisiología del parto.
- Intervenir solo cuando sea necesario.
- Identificación, comprensión y respeto de los aspectos socioculturales de la mujer.
- Apoyo emocional.
- Garantiza la autonomía y poder de decisión para la mujer.
- Garantiza la privacidad durante el proceso.

La atención humanizada del parto implica una atención de calidad y respeto de los derechos humanos y reproductivos de la gestante, en la cual la experiencia del parto es agradable, la gestante recibe toda la información, ayuda y comprensión que requiera. En este marco el parto es atendido de acuerdo a las particularidades de cada mujer, evitando intervenciones de rutina, mejorando el vínculo entre madre, bebé y familia. (Cáceres y Nieves, 2017)

1.3 HIPÓTESIS

Las mujeres durante el parto en el servicio de obstetricia del Centro de Salud Inclusivo Carlos Elizalde de la ciudad de Cuenca no reciben violencia obstétrica.



1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General.

- Determinar las percepciones de las parturientas sobre la violencia obstétrica en el Centro de Salud Inclusivo Carlos Elizalde de la ciudad de Cuenca, en el período mayo-julio 2018.

1.4.2 Objetivos Específicos.

- Caracterizar a la población según la edad, procedencia, residencia, instrucción, estado civil.
- Determinar los tipos de violencia percibida por las mujeres durante el parto.
- Relacionar los tipos de violencia percibida por las mujeres durante el parto según la edad procedencia, residencia, instrucción y estado civil.



CAPÍTULO II

2. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 Diseño general del estudio

2.1.1 Tipo de estudio.

El enfoque de esta investigación es cuantitativo al plantear un problema concreto mediante preguntas específicas que determinaron los objetivos a investigar. Siguiendo un orden lógico por etapas para su ejecución. Desde la revisión de la literatura se escribió un marco teórico y diseñamos una metodología que incluyó la definición de variables a estudiar, las técnicas e instrumentos a emplear para la obtención de datos. Estos fueron recogidos de forma sistemática y analizados con ayuda de la estadística, lo cual permitió compararlos con los obtenidos por otros investigadores.

Esta es una investigación descriptiva, en la cual se observó un fenómeno tal como sucede naturalmente y se analizó. Es también prospectiva y transversal pues los datos recogidos corresponden a eventos sucedidos en un período de tiempo limitado. (Hernández, 2014)

2.2 Área de estudio.

La presente investigación se realizó en el área de hospitalización de Ginecología y Obstetricia del Centro de Salud Inclusivo Carlos Elizalde de la ciudad de Cuenca durante el periodo mayo-julio de 2018.



2.3 Población y muestra.

2.3.1 Población.

La población de estudio fueron todas las mujeres atendidas durante su trabajo de parto, parto y postparto, en el área de obstetricia del Centro de Salud Inclusivo Carlos Elizalde de la ciudad de Cuenca durante el período mayo-julio de 2018.

2.3.2 Muestra.

Se realizó un muestreo no probabilístico intencional donde la selección de los elementos de la muestra siguió los criterios de inclusión y exclusión, para que la muestra fuera representativa.

Basados en el análisis de las atenciones al parto en el año 2016, que fueron 330 en el Centro Inclusivo Carlos Elizalde, se pudo conocer que se atiende como promedio un parto por día en el mismo, resultando de ello 90 pacientes atendidos en un trimestre. No se consideraron los datos del año 2017, porque la maternidad estuvo por 5 meses en mantenimiento y remodelación.

La relación del universo y la muestra propuesta genera un margen de error del 9.1% en este período, resultando de ello, un tamaño muestral de 86 pacientes.

La muestra quedó constituida por 86 mujeres adultas que fueron atendidas en su parto en el área de obstetricia del Centro de Salud Inclusivo Carlos Elizalde de la ciudad de Cuenca durante el período mayo-julio de 2018, que tomaron la decisión informada de participar en la investigación.



2.4 Criterios de inclusión y exclusión

2.4.1 Criterios de inclusión.

- Mujeres que recibieron atención del trabajo de parto y parto en el Centro de Salud Inclusivo Carlos Elizalde en el período mayo-julio 2018.
- Edad mayor de 19 años.
- Mujeres que aceptaron participar en la investigación al firmar el consentimiento informado. (Anexo 1)
- Pacientes hospitalizadas dentro de las primeras 48 horas del postparto.
- Pacientes en pleno uso de sus facultades mentales.

2.4.2 Criterios de exclusión.

- Pacientes con diagnóstico de discapacidad intelectual.
- Pacientes que no completaron el cuestionario.

2.5 Técnicas, instrumentos y procedimientos.

2.5.1 Técnicas e instrumentos.

La técnica que se empleó en la recolección de la información fue la encuesta (Anexo 2), procedimiento que permitió obtener información de 86 mujeres adultas que fueron atendidas en su parto en el área de obstetricia del Centro de Salud Inclusivo Carlos Elizalde.

Se utilizó el test para denunciar la violencia obstétrica, el cual ha sido empleado y validado por varios autores (Figueroa et al., 2017) y organizaciones de salud en Argentina, como Dando a Luz, Maternidad Libertaria, Asamblea de Mujeres, MTD Lucha y Libertad de Lugano (FOB-Federación de Organizaciones de Base), Centros de Salud en Córdoba, fue



aplicado en la Campaña nacional en Argentina, contra la violencia a las mujeres liderada por el Consejo Nacional de Mujeres, entre otros.

El cuestionario estuvo formado por nueve ítems para información sociodemográfica, y doce preguntas relacionadas con las variables a estudiar, como sobre sus percepciones de la atención recibida en el trabajo de parto y parto y otros aspectos relacionados. Las preguntas son cerradas. Las cerradas con alternativas dicotómicas de respuesta y otras son politómicas con varias alternativas a seleccionar. Las preguntas fueron elaboradas con un lenguaje comprensible para fácil respuesta.

Previamente a la aplicación del cuestionario, se solicitó el consentimiento informado (Anexo 1) a las usuarias que cumplieran los criterios de inclusión en el área de Ginecología y Obstetricia del centro de salud.

2.5.2 Procesamiento y análisis de la información.

La información obtenida del instrumento fue procesada y analizada con apoyo del programa Microsoft Office Excel (Versión 2010). Se empleó la estadística descriptiva, se calcularon frecuencias absolutas y relativas lo cual nos permitió representar la información en tablas y gráficos.

2.6 Consideraciones éticas

Esta investigación no es experimental, no se realizan intervenciones sobre los individuos que participaron por lo que no existen riesgos significativos. Se respetaron los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, respeto a la autonomía y confidencialidad.

En el consentimiento informado se ofreció información sobre los objetivos esenciales de la investigación, la cual no representaría daño alguno para su salud, ni



dificultaría su atención médica, pudiendo retirarse si lo deseaba en cualquier momento. La información recolectada en los instrumentos se manejó con confidencialidad y solo se empleó para los fines de la investigación. Toda la información recolectada fue guardada con absoluta confidencialidad, asignando un código de reemplazó a los nombres y la historia clínica de la paciente.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el presente apartado del trabajo de investigación se muestran los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento a la muestra de 86 mujeres que han sido atendidas en su trabajo de parto en el área de obstetricia del Centro de Salud Inclusivo Carlos Elizalde de la ciudad de Cuenca durante el periodo mayo-julio de 2018. Iniciando por las características sociodemográficas como se refleja a continuación:

3.1 Características Sociodemográficas

Tabla 1 Distribución según el intervalo de edad

Intervalo de Edad	Frecuencia	Porcentaje
19 a 24 Años	57	66,3%
25 a 45 Años	29	33,7%
Total	86	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: La Autora

En la tabla 2 se observa que de las 86 mujeres encuestadas la mayoría se encuentra contenida en el intervalo de 19 a 24 años representada por el 66,3% (57 encuestadas) y el resto representado por el 33,7% (29 encuestadas) tienen edades comprendidas entre 25 a 45 años de edad.

Tabla 2 Distribución según el Estado Civil

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	10	11,6%
Casada	18	20,9%
Unión Libre	50	58,1%
Otro	8	9,3%
Total	86	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: La Autora

Se puede apreciar en la tabla 3 que de la totalidad de la muestra mujeres objeto de estudio (86 encuestadas) el mayor porcentaje encontrado tiene un estado civil de unión libre con el 58,14% (50 encuestadas), seguidamente se presentaron las mujeres casadas con el 20,93% (18 encuestadas), luego las solteras con el 11,6% (10 encuestadas) y por último con el menor porcentaje la condición de otros con el 9,3% (8 encuestadas). Lo que evidencia que la mayoría de las mujeres encuestadas tienen un estado civil en condición de unión libre.

Tabla 3 Distribución según el Grado de Instrucción

Grado de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	13	15,1%
Secundaria	43	50,0%
Superior	26	30,2%
Ninguno	4	4,7%
Total	86	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: La Autora

Como se puede evidenciar en la tabla 4 de la totalidad de 86 mujeres encuestadas 43 tienen un nivel instrucción de secundaria lo que equivale al 50%, por su parte con estudios de grado superior se encontraron 26 mujeres que representan el 30,23%, asimismo 13 mujeres tienen un nivel de preparación académica de primaria lo que equivale al 15,12% de la muestra y sin ningún grado de instrucción se observaron 4 mujeres que representan el 4,65%; estos resultados demuestran que la mayoría de las pacientes atendidas tienen un nivel de preparación académica de secundaria.

Tabla 4 Distribución según el Lugar de Residencia

Lugar de Residencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	36	41,9%
Rural	50	58,1%
Total	86	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: La Autora

En la tabla 5 se connota que de las 86 mujeres encuestadas la mayoría tiene como lugar de residencia la zona rural 59,14% (50 encuestadas) y la minoría reside en la zona urbana representada por el 41,86% (36 encuestadas).

Tabla 5 Distribución según la Situación Laboral

Situación Laboral	Frecuencia	Porcentaje
Empleada	15	17,4%
Desempleada	15	17,4%
Ama de Casa	48	55,8%
Estudiante	8	9,3%
Total	86	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: La Autora

Como se puede evidenciar en la tabla 6 que de la totalidad de 86 mujeres objeto de estudio la mayoría son amas de casa representada por el 55,81% (48 encuestadas), seguidamente se encontraron con un porcentaje de 17,44% las que tiene una situación laboral de empleada (15 encuestadas) coincidiendo este mismo porcentaje las desempleadas (15 encuestadas) y por último con el 9,3% las estudiantes (8 encuestadas).

3.2 Antecedentes

Tabla 6 Distribución según la Cantidad de Gestaciones

Número de Gestaciones	Frecuencia	Porcentaje
1	34	39,5%
2	29	33,7%
3	18	20,9%
4	3	3,5%
5	2	2,3%
Total	86	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: La Autora

En la tabla 7 se observa que la mayoría de las mujeres encuestadas han tenido una sola gestación lo que equivale al 39,53%, es decir 34 encuestadas, seguidamente se encuentran las que presentaron dos gestaciones con el 33,72% correspondiente a 29 mujeres,

asimismo con tres gestaciones se encontró el 20,93% (18 encuestadas), con un porcentaje de 3,49% se presentan las mujeres con cuatro gestaciones (3 encuestadas) y por último con el 2,33% se encuentran las mujeres que han tenido cinco gestaciones (2 encuestadas).

Tabla 7 Distribución según la Cantidad de Partos

Número de Partos	Frecuencia	Porcentaje
0	1	1,2%
1	42	48,8%
2	26	30,2%
3	13	15,1%
4	2	2,3%
5	2	2,3%
Total	86	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: La Autora

Como se puede apreciar en la tabla 8 que el 48,84% de la totalidad de las mujeres encuestadas han tenido un solo parto (42 encuestadas), seguidamente con el 30,23% (26 encuestadas) presentaron dos partos, luego con el 15,12% se encuentran las que presentaron tres partos, con un 2,3% se encuentran las mujeres que han tenido cuatro y cinco partos y por último con el menor porcentaje las que no han tenido partos 1,16%. Lo que indica que la mayoría de las mujeres de la muestra han tenido entre 1 – 2 partos.

Tabla 8 Distribución según la Cantidad de Cesáreas

Número de Cesáreas	Frecuencia	Porcentaje
0	86	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: La Autora

Como se puede apreciar en la tabla 9 que de las 86 mujeres encuestadas la totalidad (100%) no han sido sometidas a cesárea.

Tabla 9 Distribución según la Cantidad de Abortos

Número de Abortos	Frecuencia	Porcentaje
0	74	86,0%
1	12	14,0%
Total	86	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos**Elaborado por:** La Autora

En la tabla 10 se observa que la mayoría de las mujeres encuestadas no han presentado abortos lo que equivale al 86,05% (74 mujeres) y el 13,95% restante han presentado una situación de aborto (12 mujeres).

3.3 Resultados del Cuestionario de Violencia Obstétrica

Tabla 10 Análisis de violencia obstétrica

Tipo	Frecuencia	Porcentaje
1. ¿El personal de salud criticaba tu comportamiento con comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste?	SI 0 NO 86	0,0% 100,0%
2. ¿La trataron con sobrenombres o diminutivos o modificando su nombre en tono cariñoso como si fuera una niña incapaz de comprender las intervenciones que están realizando o el proceso de parto?	SI 0 NO 86	0,0% 100,0%
3. ¿Fue criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría o tristeza durante el trabajo de parto?	SI 0 NO 86	0,0% 100,0%
4. ¿Le resulto difícil o imposible aclarar sus dudas y manifestar sus miedos o inquietudes ¿Porque no le respondían o lo hacían de mala manera?	SI 0 NO 86	0,0% 100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos**Elaborado por:** La Autora

En la tabla 11 se observa que la totalidad de las mujeres encuestadas coincidió que el personal de salud no criticaba su comportamiento (*Pregunta 1*), es decir que no realizaban

comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste; lo que indica ausencia de violencia verbal. Asimismo, se puede apreciar que el 100% de las mujeres encuestadas convergen en que no las trataron con sobrenombres o diminutivos o modificando su nombre en tono cariñoso como si fuera una niña incapaz de comprender las intervenciones que están realizando o el proceso de parto (*Pregunta 2*); lo que refleja la ausencia de maltrato verbal del personal hacia la paciente. Por otra parte, se connota que la totalidad de las mujeres consideran que no fueron criticadas por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría o tristeza durante el trabajo de parto (*Pregunta 3*); lo que indica la ausencia de violencia verbal del personal. También se observa que de las 86 mujeres encuestadas la totalidad (100%) coincide en no le resulto difícil o imposible aclarar sus dudas y manifestar sus miedos o inquietudes, ya que el personal del centro hospitalario siempre respondía sus inquietudes y lo hacían de buena manera (*Pregunta 4*).

Tabla 11 Pregunta 5. ¿Se le realizaron alguno o varios de los siguientes procedimientos sin pedirle consentimiento o informarle de los riesgos sin explicarle porque eran necesarios?

Procedimientos		Frecuencias	Porcentaje
Prohibición de ingerir alimentos o bebidas	SI	1	1,2%
	NO	85	98,8%
Indicación de permanecer acostada todo el tiempo	SI	0	0,0%
	NO	86	100,0%
Rotura artificial de la bolsa	SI	5	5,8%
	NO	81	94,2%
Administración de medicación para acelerar el parto	SI	15	17,4%
	NO	71	82,6%
Tactos vaginales reiterados y por diferentes personas	SI	1	1,2%
	NO	85	98,8%
Comprensión del abdomen en el momento del parto	SI	0	0,0%
	NO	86	100,0%
Episiotomía	SI	1	1,2%
	NO	85	98,8%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: La Autora

Se observa en la tabla 12 que de las 86 mujeres encuestadas coinciden con un porcentaje del 100% en que no se le realizaron los siguientes procedimientos sin pedirle consentimiento o informarle de los riesgos sin explicarle porque eran necesarios: *Indicación de permanecer acostada todo el tiempo*, *Comprensión del abdomen en el momento del parto*; seguidamente el 98,8% de las mujeres encuestadas concuerdan en la respuesta no se le realizó sin consentimiento los procedimientos de: *Tactos vaginales reiterados y por diferentes personas*, *Episiotomía*, pero el 1,2% restante menciona que sí; por su parte un 94,2% menciona que el procedimiento de *Rotura artificial de la bolsa* no se le ejecutó sin previa información y el 5,8% restante menciona que si implementaron este procedimiento sin consentimiento; en lo que concierne a la *Administración de medicación para acelerar el parto* el 17,4% mencionó que se lo ejecutaron sin consentimiento ni información y el 82,6% expreso que no lo ejecutaron sin previo aviso. Los resultados demuestran que la mayoría de los tratamientos aplicados por el personal fueron informados previamente, lo que indica que son aislados los casos de maltrato.

Tabla 12 Pregunta 6. *¿Durante el periodo de dilatación la obligaron a permanecer acostada boca arriba, aunque refiriera incomodidad?*

Opción de Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
NO	86	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: La Autora

Se observa en la tabla 13 que de las 86 mujeres encuestadas la totalidad (100%) coincide en no la obligaron a permanecer acostada boca arriba durante el proceso de dilatación porque eso le generaba incomodidad; siendo esto un indicador de ausencia de violencia.

Tabla 13 Pregunta 7. ¿La privaron de la posibilidad de caminar o buscar posiciones según sus necesidades?

Opciones de Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
NO	86	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: La Autora

En la tabla 14 se puede evidenciar que la mayoría de las mujeres encuestadas coinciden en un 100% que no las privaron de la posibilidad de caminar o buscar posiciones según sus necesidades, lo que demuestra flexibilidad en el trato y por ende ausencia de maltrato.

Tabla 14 Pregunta 8. ¿Durante el momento de expulsión le impidieron tomar la postura más cómoda para usted para pujar?

Opción de Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
NO	86	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: La Autora

En los resultados reflejados en la tabla 15 se puede observar que la totalidad de las pacientes encuestadas en que no le impidieron tomar la postura más cómoda para pujar durante el momento de expulsión, indicando atención sin abusos durante el proceso.

Tabla 15 Pregunta 9. Durante todo el proceso ¿Se le impidió estar acompañada por alguien de confianza?

Opción de Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
NO	86	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: La Autora

Se puede apreciar en la tabla 16 que el 100% de las pacientes objeto de estudio expresaron que no se le impidió estar acompañada por alguien seleccionado por ella durante el proceso del trabajo de parto, parto y postparto.

Tabla 16 Pregunta 10. *¿Al momento del nacimiento se le impidió el contacto inmediato con su hijo antes de que se realizaran cuidado o intervenciones rutinarias (pesar, medir, administración de vacunas y baño)?*

Opción de Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
SI	10	11,6%
NO	76	88,4%
Total	86	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: La Autora

En la tabla 17 se puede apreciar que de las 86 mujeres encuestadas el 88,37% mencionó que no se le impidió el contacto inmediato con su hijo antes de que se realizaran cuidado o intervenciones rutinarias (pesar, medir, administración de vacunas y baño) y el 11,63% coincidió en que si se lo impidieron durante el proceso el momento del nacimiento, esto no se considera un indicador de maltrato porque es necesario realizar atenciones especiales al niño/a o la madre antes de el apego inmediato.

Tabla 17 Pregunta 11. *¿La experiencia de la atención en el parto la hizo sentir vulnerable, incapaz, culpable o insegura?*

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
NO	86	100,00%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: La Autora

En la tabla 17 se puede observar que el 100% de las mujeres encuestadas coinciden en que la experiencia de la atención en el parto no las hizo sentir vulnerables, incapaces, culpables o inseguras, lo que indica una atención humana y sin maltrato.

Tabla 18 Pregunta 12. ¿Conoce alguna ley que la respalde contra la violencia obstétrica?

Opción de Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
SI	17	19,8%
NO	69	80,2%
Total	86	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: La Autora

Se puede observar en la tabla 19, en lo que concierne al conocimiento de alguna ley que respalde contra la violencia obstétrica, la mayoría de las mujeres encuestadas representadas por el 80,23% no conocían alguna ley y el 19,77% restante mencionó que sí, lo que indica que es mayor el desconocimiento de las leyes que amparan a la parturienta sobre los tipos e implicaciones de la violencia obstétrica.



CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

4.1 Discusión

Los resultados obtenidos permiten plantear que las mujeres atendidas en el trabajo de parto y parto, en el Centro de Salud Inclusivo Carlos Elizalde de la ciudad de Cuenca, tienen la percepción general de que existieron de forma ocasional actos de violencia obstétrica por parte de los profesionales de la salud involucrados en su atención.

Respecto a la actitud de los profesionales se puede resumir que prestaron atención con un trato respetuoso, que no viola la integridad psicológica de las pacientes, sin humillación u ofensa verbal.

Esta percepción puede corresponderse con los siguientes aspectos:

En el Centro de Salud Carlos Elizalde el servicio tiene un enfoque integral e intercultural en sus procesos de atención al embarazo, parto y postparto, que incluye el respeto a las tradiciones y costumbres propias de sus usuarias, que mayoritariamente proceden del área rural. La atención del parto humanizado suele ser personalizada ya que por lo general se atienden una o dos pacientes en labor de parto cada día, lo cual permite responder a las inquietudes de la mujer.

Este centro de salud de primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública, cuenta con una sala de partos, adecuada para la atención en libre posición, y movilidad en el periodo de labor de parto, permite el acompañamiento de un familiar, además existe la posibilidad de la compañía de una comadrona capacitada en los casos que se solicite su presencia (Sra. Julia Tepan).

Este resultado no contrasta con lo reportado por la mayoría de los autores a nivel internacional. Ejemplos:

Figueroa y otros, 2017, en México evaluaron la percepción de la violencia en 45 mujeres de Sonora. Encontraron que el 37.7% de las mujeres percibieron algún tipo de violencia obstétrica de parte de los servidores de salud, dada por la prohibición de deambular (51.1%), críticas por llorar o gritar (44.4%), dificultad para expresar miedos o inquietudes (37.8%), sobrenombres o diminutivos (28.9%), limitaciones para cambios de posición, restricciones para el contacto con el recién nacido (26.7%) y comentarios irónicos, despectivos o chistes (22.2%)(Figueroa et al., 2017)

Begley y otros autores, 2018 en la República Checa investigaron sobre la atención respetuosa e irrespetuosa mediante una encuesta en línea reportan altas frecuencias de la episiotomía media y de inducción del parto en 40 y 26%, respectivamente. También que un 34 % de las encuestadas refirieron que los médicos del hospital nunca o casi nunca explicaron los motivos para realizar una episiotomía (Begley et al., 2018)

En Tanzania, Freedman y otros, 2018, estudiaron en dos hospitales en la región de Tanga, la prevalencia de falta de respeto y maltrato durante el parto, realizaron observaciones por parte de enfermeras capacitadas y encuesta en el momento de recibir alta a las mujeres que habían sido observadas. Encontraron una gran diferencia entre estas dos medidas (69.83% observación versus 9.91% encuesta). Esto indicó que la falta de respeto y el maltrato están internalizados y normalizados tanto en las pacientes como por los prestadores de servicios. (Freedman et al., 2018).

Solnes y otros, 2018, en Tanzania, evaluaron la falta de respeto y abuso en la atención de maternidad, basados en entrevistas y observaciones de 14 mujeres rurales en los procesos de atención de salud, desde su primera consulta prenatal hasta después del parto y



concluyen que el 100% de las mujeres fueron expuestas a la violencia durante el embarazo y el parto; en forma de maltrato psicológico, maltrato físico, abandono y violaciones de privacidad (Solnes, van Pelt, Meguid, & Sundby, 2018),

Maya y otros, 2018, en Ghana en un estudio cualitativo que evaluó las perspectivas de las mujeres sobre el maltrato durante el parto en centros de salud en Ghana, identificaron como principales tipos de maltratos: al abuso verbal (gritos, insultos y comentarios despectivos), abuso físico (pellizcos, bofetadas) y abandono y falta de apoyo. El maltrato se experimentó comúnmente durante la segunda etapa del parto, especialmente entre los adolescentes (Maya et al., 2018)

De manera general, todos estos autores concuerdan en la existencia de violencia obstétrica como un evento que se expresa con negligencia, imprudencia, omisiones, actos de discriminación e irrespetuosos practicado por los profesionales de la salud en el contexto de relaciones simbólicas, de poder y conocimiento científico-técnico que condicionan su aparición y la hacen natural.

En la República Dominicana, Castro y Savage, 2018 realizaron entrevistas a 43 mujeres que recibieron atención al parto en dos importantes hospitales públicos, encontraron que el 65% de los participantes refirieron violencia por falta de privacidad, refirieron experiencias de hacinamiento, de sentirse expuestas físicamente a pacientes y proveedores y de carecer de ropa o cobertura. El 51 % describió abuso verbal y falta de comunicación y el 37% describió retrasos en la atención (Castro & Savage, 2018).

En Kenia, Abuya y otros autores, 2018, en su estudio: medición del maltrato a las mujeres durante el proceso de parto: implicaciones para las evaluaciones de la calidad de la atención observaron que prevalecieron la falta de privacidad y las prácticas antihigiénicas

durante el parto y después del parto en más del 65%, en instituciones mal equipadas. (Abuya et al., 2018)

Estos estudios también indican que las acciones de los proveedores como la falta de respeto y abuso que afectan la seguridad y la dignidad de las mujeres, están en alguna medida condicionada por limitaciones de los sistemas de salud y procesos en cada institución.

Otros estudios cualitativos reconocen la existencia de la violencia obstétrica en otros países (Estados Unidos de América, Argentina, México, Chile, Brasil) y la abordan desde el punto de vista legal (Díaz, 2016) (Díaz y Fernández, 2019) (Grilo et al., 2018). En ellos se considera a la violencia obstétrica como una violación de los derechos humanos y un grave problema de salud pública actual.

En relación con la realización de procedimientos médicos sin el consentimiento de la mujer, en nuestra investigación, se obtuvieron porcentajes positivos, en la administración de medicamentos para acelerar el trabajo de parto (17,4%), y ruptura artificial de las membranas amnióticas (5.8%). Otras intervenciones como la realización de tactos vaginales seriados por personas en la y la realización de la episiotomía se encontraron en porcentajes muy bajos (1,2 %). Cada uno de estos resultados fueron analizados en relación con la evolución clínica, registrada en las historias clínicas de cada paciente que participó en esta investigación. Encontrándose que la administración de medicamentos para acelerar el trabajo de parto (oxitocina) estaban relacionadas a hipodinamia uterina, la ruptura artificial de membranas se realizó durante el expulsivo del parto, los tactos reiterados a labores de parto prolongados y la episiotomía relacionada a productos de pesos superiores a 3000 gr.

Estos porcentajes son inferiores a los encontrados por otros autores como Álvarez y Russo, 2016 en su investigación llamada: Naturalización del modelo de atención médico

hegemónico durante el proceso de parto realizado en Argentina. Estos autores encontraron el uso de inductores del parto en el 40%, los tactos vaginales reiterados y por diferentes personas en el 37%, y la realización de episiotomías en el 37% y rotura artificial de bolsa en el 27%. (Alvarez, M. & Russo, 2016)

El no brindar la suficiente información a las pacientes sobre los procedimientos a seguir durante la atención de parto, al existir una desigualdad de saberes y poder entre el equipo de salud y la paciente, al experimentar que la administración de medicamentos para acelerar el trabajo de parto aumenta el dolor, la ruptura artificial de las membranas amnióticas y la realización de tactos vaginales son maniobras invasivas y generan dolor y por último la realización de la episiotomía al dejar marcas en el cuerpo de la mujer, contribuyen a que se perciba como actos de violencia, pese a que estos procedimientos sean justificado o necesarios en la atención de algunos partos. En el Centro de Salud Carlos Elizalde, la percepción de violencia obstétrica por parte de la mujer, se da en un porcentaje bajo, pero existe y como tal debería ser tomado en cuenta para evitar el quebrantamiento de la autonomía de la mujer y erradicar todo tipo de violencia en la atención del parto.

En ocasiones actos de violencia se justifican bajo la acertada decisión del profesional, ya que el médico a lo largo de la historia ha sido una figura que socialmente goza de mucho reconocimiento por su conocimiento, sacrificio y visto como héroe que salva vidas, lo cual propicia que se establezca la relación de poder donde el médico es ente activo y único que toma decisiones y la mujer ente pasivo que no cuestiona dichas decisiones.

La baja percepción de violencia por parte de la mujer se da por una ideología y cultura de género errónea que posee la sociedad patriarcal, de la cual forman parte las mujeres, donde ella está destinada para la reproducción y es inferior al hombre física y moralmente, lo cual sienta las bases para su discriminación y la violencia en su contra.



Además, es una creencia popular que el parto es siempre una experiencia desagradable, dolorosa y de mucho riesgo, lo que conlleva a que toleren y acepten como normal cualquier tipo de violencia, obviamente es porque desconocen sus derechos durante el proceso del embarazo y parto.

Otro aspecto interesante es que durante la formación académica de los profesionales se hace mayor hincapié en lo biológico del ser y no en lo psicológico y lo social, por tanto, el profesional en sus actuaciones no valora la importancia de respetar los derechos humanos. En el caso del trabajo de parto y el parto, la mujer puede ser valorada desde el punto de vista médico biológico, como un cuerpo, para aplicar procedimientos indicados en guías, manuales o protocolos establecidos, sin tener en cuenta su sentir, emociones, percepciones y experiencias.

Las recomendaciones de la OMS con relación a la inducción del parto es que debe ser una indicación médica específica, y no es útil en partos de bajo riesgo, ya que no aporta beneficios, por el contrario, interfiere con el proceso natural y limita a las pacientes a adoptar posturas preferidas de forma libre y a caminar. (Organización Mundial de la Salud, 2016), es necesario acotar en el Centro de Salud Carlos Elizalde ingresan pacientes ya en labor de parto, por normativa no se realiza inducciones.

En otro sentido, los tactos vaginales se deben realizar realmente si es necesario ya que el riesgo de infección aumenta con el número de tactos y siempre explicar la razón por la que es necesario y cuáles son los hallazgos encontrados. Finalmente, la protección del periné siempre que sea posible, no justificando el uso sistemático de episiotomía. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

En varios estudios nacionales se ha reportado la existencia de violencia obstétrica por parte de los profesionales de la salud involucrados en la atención de las mujeres durante el trabajo de parto y parto. Algunos ejemplos son:

Borja (2017), analizó la percepción de la violencia obstétrica en la atención de salud en la ciudad de Quito en el Centro Obstétrico del Hospital General Docente de Calderón, encontrando que los tactos vaginales, las episiotomías y los masajes uterinos fueron las intervenciones más frecuentes. En todas las prácticas de atención existieron más de dos profesionales incluidos internos rotativos con una misma paciente; ocasionando que las pacientes se sintieran como instrumento de aprendizaje. El abuso de medicamentos como oxitocina, para la conducción del parto, sin existencia de criterios para su administración fue frecuente, además no se solicitó consentimiento o se mintió sobre la composición de la solución. El uso de epítetos como “mamita” o “corazoncito” fue constante durante todas las atenciones.(Borja, 2017)

Castillo (2017), valoró la violencia obstétrica desde la percepción de las adolescentes en el Hospital Delfina Torres de Concha en Esmeraldas, obteniendo que el 25% percibió violencia física y verbal, el 30% no pudo elegir la posición para parir y el 48% de ellas no tuvo contacto directo con el recién nacido. (Castillo, 2017 a)

En la ciudad de Cuenca, Castillo (2017), en un estudio en el Hospital Homero Castañier Crespo sobre violencia obstétrica reportó: 64,6% de violencia obstétrica. Las pacientes que estuvieron más expuestas fueron: menores de 20 años, con nivel de instrucción secundario, solo el 6.9% conocían el término de violencia obstétrica. La mayoría refirió violencia contra el cuerpo femenino con un 48,8%, el 43,8% sufrió violencia de comunicación, el 16,9% violencia en la prestación de servicios, un 17,3% indicó violencia



en contra de los derechos, finalmente un 41,9% de usuarias presentaron violencia en relaciones de poder. (Castillo, 2017b)

En este estudio Castillo (2017), se refiere a la violencia en la comunicación cuando hubo aumento en el tono de la voz (14,9%), amenazas (9,6%). Con relación a la violencia de relaciones de poder se refieren a las ejercidas por el médico (35,8%), estudiante o practicante (27,5%), auxiliar de enfermería (25,7%) y la enfermera (11%).(Castillo, 2017b)

En cambio, en una investigación los resultados fueron más alentadores y quizás en concordancia con esta investigación. Esta fue realizada por Conchancela y Paucar (2017), sobre el cumplimiento de normas para un parto humanizado en pacientes obstétricas en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Los autores obtuvieron que el 94% recibió un trato respetuoso, al 97% se le permitió tomar infusiones, al 58% se le permitió elegir la posición de parto, al 67,7% se le explicaron alternativas para el manejo del dolor, al 80% se le realizaron menos de tres tactos vaginales y el 95% tuvo la oportunidad de un apego precoz con su bebé. (Cochancela & Paucar, 2017)

Es importante mencionar que en nuestra investigación solo el 19,7% conoce de alguna ley que protege los derechos de la mujer en relación con la violencia obstétrica y a favor del parto humanizado. Este resultado evidentemente puede estar relacionado con las características sociodemográficas de nuestra población y de las pacientes atendidas, muestra de ello es que el 70% de ellas tienen un bajo nivel de instrucción (4,7% no tienen ningún nivel, el 15,1% tiene un nivel primario y 50% tiene un nivel de instrucción secundario).

Estos resultados son similares a los reportados por Castro (2014) en su investigación sobre violencia obstétrica, “Estudio de caso en Altotonga Veracruz”, en el cual, encontró que el 92,7% de las mujeres que acudieron a atender su parto desconoce el



término violencia y un 85,4% desconoce La ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia en el Estado de Veracruz. (Castro, 2014)

También nuestros resultados concuerdan con otros estudios nacionales como el de Castillo (2017), quien valoró la violencia obstétrica desde la percepción de las adolescentes en el Hospital Delfina Torres de Concha en Esmeraldas, obteniendo que el 83% de las mujeres desconocen el término Violencia Obstétrica, mientras el 17% apenas lo puede explicar, el 71% de las mujeres desconocía la Ley de Parto Humanizado (Castillo, 2017a) También, el estudio en la ciudad de Cuenca por Castillo (2017) en el Hospital Homero Castañier Crespo, encontró que solo el 6,9% de las mujeres conocían el término de violencia obstétrica. (Castillo, 2017b)

4.2 Conclusiones

1. En el Centro de Salud Inclusivo Carlos Elizalde de la ciudad de Cuenca, en el período mayo-julio 2018, las mujeres que fueron atendidas en la labor de parto, parto y posparto percibieron violencia obstétrica en forma esporádica.

2. Las mujeres atendidas en este centro de salud y en este período fueron predominantemente mujeres jóvenes entre 19 -29 años (89,5%), de procedencia rural (58,1%), con bajo nivel de instrucción (69,8%), amas de casa (55,8%) y en unión libre (58,14%).

3. Las mujeres no percibieron violencia psicológica, la violencia física percibida fue en un porcentaje bajo, resultado del intervencionismo o procedimientos realizados durante el trabajo de parto y parto, sin previa explicación y consentimiento informado.

4. La frecuencia de percepción de violencia obstétrica fue tan baja, que no permitió el usar ningún método estadístico, para relacionar tipos de violencia percibida y variables sociodemográficas (edad, procedencia, residencia, instrucción y estado civil) que fueran estadísticamente significativa.

4.3 Recomendaciones

Es un gran desafío el garantizar la prestación de cuidados obstétricos libres de violencia, respetando los derechos sexuales y reproductivos de la mujer. La prevención y combate de este problema de salud y de derechos humanos involucra además de los profesionales, a las mujeres. Por esto podemos recomendar basados en los resultados de nuestra investigación:

1. En el Centro de Salud Inclusivo Carlos Elizalde se podrían incrementar estrategias de educación y comunicación destinadas a elevar el nivel de conocimientos de las mujeres que asisten diariamente en busca de atención de salud, al lograr empoderarlas en sus derechos de poder tener un parto humanizado, ellas mismas serán entes activas para que exigen el cumplimiento de los mismos.
2. También este resultado ofrece la posibilidad de investigaciones posteriores para evaluar la aplicación de los componentes de la atención al parto culturalmente adecuado, el impacto de estos, en los indicadores de mortalidad y morbilidad materno infantil, evaluar nivel de conocimientos de las pacientes.
3. Sensibilizar a los profesionales de la salud con este problema, con el fin de modificar aquellas prácticas que aún persisten y violan los derechos de las mujeres en las diferentes etapas de su vida reproductiva.
4. Aplicar o implementar de acuerdo al caso, el consentimiento informado para todos y cada uno de los procedimientos que lo ameriten y sean necesarios durante la atención del trabajo de parto y parto.

BIBLIOGRAFÍA

- Abuya, T., Sripad, P., Ritter, J., Ndwiga, C., & Warren, C. (2018). Measuring mistreatment of women throughout the birthing process: implications for quality of care assessments. *Reproductive Health Matters*. <https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1502018>
- Al Abid, M., Ibáñez, M., Casado, M., & Santos, P. (2017). La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Medicina Legal de Costa Rica*.
- Alvarez, M., & Russo, E. (2016). *Violencia obstétrica: Naturalización del modelo de atención médico hegemónico durante el proceso de parto*. Universidad Nacional de Córdoba.
- Asamblea Nacional de Ecuador. (2008). Constitución de la República de Ecuador. *Registro Oficial 449*.
- Avalos, V. (2015). Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. *ComVoMujer*. <https://doi.org/A-61>
- Begley, C., Sedlicka, N., & Daly, D. (2018). Respectful and disrespectful care in the Czech Republic: An online survey. *Reproductive Health*. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0648-7>
- Belghiti, J., Kayem, G., Dupont, C., Rudigoz, R., Bouvier-Colle, M., & Deneux-Tharaux, C. (2011). Oxytocin during labour and risk of severe postpartum haemorrhage: A population-based, cohort-nested case-control study. *BMJ Open*. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000514>
- Borja, C. (2017). *Violencia obstétrica: percepciones de las prácticas de atención de salud*. Universidad San Francisco De Quito.
- Cáceres, F., & Nieves, G. (2017). Atención humanizada del parto. Diferencial según condición clínica y social de la materna. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. <https://doi.org/10.18597/rcog.3022>
- Calvo, G., & Camacho, R. (2014). La violencia de género: Evolución, impacto y claves para su abordaje. *Enfermería Global*.
- Camacho, G. (2014). *La violencia de género contra las mujeres en el Ecuador: Análisis de*



los resultados de la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres. Statewide Agricultural Land Use Baseline 2015. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Castillo, L. (2017). *Frecuencia y caracterización de la violencia obstétrica en el Hospital Homero Castanier Crespo.* 2017. Universidad de Cuenca.

Castillo, L. (2017). *Violencia obstétrica desde la percepción de las adolescentes que asisten al Hospital Delfina Torres De Concha.* Pontificia Universidad Católica De Ecuador Esmeraldas.

Castro, A. (2014). *Violencia obstétrica. Estudio de caso en Altotonga Veracruz.* UNIVERSIDAD VERACRUZANA.

Castro, A., & Savage, V. (2018). Obstetric Violence as Reproductive Governance in the Dominican Republic. *Medical Anthropology: Cross Cultural Studies in Health and Illness.* <https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1512984>

Castro, A., & Savage, V. (2018). Obstetric Violence as Reproductive Governance in the Dominican Republic. *Medical Anthropology: Cross Cultural Studies in Health and Illness*, 38(2), 123–136. <https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1512984>

CEDAW. La violencia contra la mujer. Recomendación general N° 19. (1992).

Coalición Nacional De Mujeres Del Ecuador. (2017). *Informe sombra de seguimiento a la implementación de las recomendaciones de la CEDAW al Estado ecuatoriano.* Quito.

Cobo, C. (2016). *La Violencia Obstétrica.* Universidad de Cantabria.

Cochancela, X., & Paucar, M. del carmen. (2017). *Cumplimiento De Normas De Parto Humanizado En Pacientes De Obstetricia Del Hospital Vicente Corral Moscoso* 2016.

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer. Recomendación general num. 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general num. 19 Title (2017).

Da-Silva, I., & Santana, R. (2017). Forms of obstetric violence experienced by mothers who had normal birth. *Enfermería Global U6 - Ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info%3Aofi%2Fenc%3AUTF-8&rft_id=info%3Aid%2Fsummon.Serialsolutions.Com&rft_val_fmt=info%3Aofi%2*

- Ffmt%3Akev%3Amtx%3Ajournal&rft.Genre=article&rft.Atitle=Forms+of+obstetric+violence+experienced+by+mothers+*. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.3.250481>
- Dekel, S., Stuebe, C., & Dishy, G. (2017). Childbirth induced posttraumatic stress syndrome: A systematic review of prevalence and risk factors. *Frontiers in Psychology*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00560>
- Diaz, F. (2016). Invisible wounds: obstetric violence in the United States. *Reproductive Health Matters*. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.004>
- Díaz, L., & Fernández, Y. (2019). Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. *Revista de Derecho (Valparaíso)*. <https://doi.org/10.4067/s0718-68512018005000301>
- Ecuador, A. N. (2018). *Ley Orgánica Integral para la Prevención y Erradicación de la Violencia de Género Contra las Mujeres. Ley Organica Integral para la prevencion y erradicacion de la violencia de genero contra las mujeres*.
- Figuerola, O., Hurtado, R., Valenzuela, D., Bernal, J., Duarte, C., & Czars, F. (2017). Violencia obstétrica : Percepción de las usuarias Sonorenses. *Sanus*, (enero-junio), 14–21. Retrieved from <http://sanus.uson.mx/revistas/articulos/3-SANUS-3-03.pdf>
- Figuerola, O., Hurtado, R., Valenzuela, D., Bernal, J., & Gonzales, C. (2017). Violencia Onstetrica: Percepción De Las Usuarias Sonorenses. *Sanus*.
- Freedman, L., Kujawski, S., Mbuyita, S., Kuwawenaruwa, A., Kruk, M., Ramsey, K., & Mbaruku, G. (2018). Eye of the beholder? Observation versus self-report in the measurement of disrespect and abuse during facility-based childbirth. *Reproductive Health Matters*. <https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1502024>
- García, T. (2015). Violencia obstétrica y educación sexual (sujetas, maternidad y cuerpos predicados). *La Revista Del CCC [En Línea]*. Enero / Junio 2015, N° 22.
- GIRE. (2015). *Violencia obstétrica. Un enfoque de derechos humanos* (Primera ed). Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C.
- Grilo, C., Rattner, D., Lucas, A., de Aguiar, J., & Niy, D. (2018). Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training. *Reproductive Health Matters*. <https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1502019>



- Güezmes, A. (2016). La Plataforma de Acción de Beijing: inspiración y compromiso entonces y ahora. *Debate Feminista*. [https://doi.org/10.1016/s0188-9478\(16\)30143-8](https://doi.org/10.1016/s0188-9478(16)30143-8)
- Hernández, F. y B. (2014). *Metodología de la investigación* (sexta). Mexico D.F.: Mc Graw Hill Education.
- Jardim, D., & Modena, C. (2018). Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>
- Maya, E., Adu, K., Dako, P., Badzi, C., Vogel, J., Bohren, M., & Adanu, R. (2018). Women's perspectives of mistreatment during childbirth at health facilities in Ghana: findings from a qualitative study. *Reproductive Health Matters*. <https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1502020>
- McGarry, J., Hinsliff, K., Watts, K., McCloskey, P., & Evans, C. (2017). Experiences and impact of mistreatment and obstetric violence on women during childbearing: A systematic review protocol. *JBISIRIR-2016-002950*. <https://doi.org/10.11124/JBISIRIR-2016-002950>
- Medina, G. (2017). Violencia obstetrica. *Revista de Derecho de Familia y de Las Personas*.
- Ministerio de Salud Pública. (2015). Guía de Práctica Clínica. Atención del trabajo de parto, parto y postparto inmediato. *MSP*.
- Ministerio de Salud Pública Ecuador. (2008a). *Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado*. Quito: Ministerio de Salud Pública Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública Ecuador. (2008b). *Manual de Estándares e Indicadores para mejorar la calidad de atención materno neonatal*. Quito: Ministerio de Salud Pública Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública Ecuador. (2008c). *Normativa técnica nacional de atención de parto vertical*. Quito: Ministerio de Salud Pública Ecuador.
- MSP. (2008). Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal. *Acuerdo Ministerial 253 Del 2008*.
- ONU. (1981). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. *Diario Oficial de La Federación*.



<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Organización de las Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. *Onu*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Organización de las Naciones Unidas. (2016). *Los Principales Tratados Internacionales de Derechos Humanos*. (Organización de las Naciones Unidas, Ed.), *Los Principales Tratados Internacionales de Derechos Humanos*. <https://doi.org/10.18356/5e285166-es>

Organización Mundial de la Salud. (2016). Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto. In *Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto*.

Organización Mundial de la salud, . (2014). Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud Declaración de la OMS. *Declaración de La OMS Tod*. <https://doi.org/10.1016/j.echo.2005.01.032>

Quattrocchi, P. (2018). Violencia obstétrica. Aportes desde América Latina. *Revista Gênero & Direito*. <https://doi.org/10.22478/ufpb.2179-7137.2018v7n1.38974>

República del Ecuador Asamblea Nacional. (2014). *Código Orgánico Integral Penal*. Lexis.

Schwab, W., Marth, C., & Bergant, A. (2012). Post-traumatic stress disorder post partum: The impact of birth on the prevalence of post-traumatic stress disorder (PTSD) in multiparous women. *Geburtshilfe Und Frauenheilkunde*. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1280408>

Sen, G., Reddy, B., Iyer, A., & Heidari, S. (2018). Addressing disrespect and abuse during childbirth in facilities. *Reproductive Health Matters*. <https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1509970>

Sistema de Naciones Unidas de Panamá. (2010). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW)*. (Sistema de Naciones Unidas de Panamá, Ed.). Ciudad de Panamá.

Solnes, A., van Pelt, S., Meguid, T., & Sundby, J. (2018). Disrespect and abuse in maternity care: individual consequences of structural violence. *Reproductive Health Matters*. <https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1502023>

Soto, L. (2016). Violencia obstétrica. *Revista Mexicana de Anestesiología*.



Vignato, J., Georges, J., Bush, R., & Connelly, C. (2017). Post-traumatic stress disorder in the perinatal period: A concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.13800>



ANEXOS

ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA
MAESTRÍA DE DESARROLLO Y GÉNERO, SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Cecilia Bravo con CI 0102753753, solicito a usted de la manera más cordial su colaboración, para realizarle la siguiente encuesta, con la finalidad de obtener información sobre violencia obstétrica durante el parto, los datos obtenidos, son anónimos, confidenciales y se realizara en un tiempo aproximado de 20 minutos.

Luego de la explicación de esta investigación, Yo _____,
con CI _____, acepto participar en este estudio, el cual no tiene ninguna remuneración económica.

FIRMA



ANEXO 2 ENCUESTA

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA
MAESTRÍA DE DESARROLLO Y GÉNERO, SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA
FORMULARIO DE ENCUESTA SOBRE PERCEPCIÓN DE VIOLENCIA
OBSTÉTRICA

Fuente: Osmar Efrén Figueroa Palomino, Rubén Hurtado Lagarda, Diana Guadalupe Valenzuela Coronado, José Daniel Bernal Cruz, Cristian David Duarte Gutiérrez, Fabiola Arantza Cazares González. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias sonorenses. ISSN: 2448-6094, Sarus. Enero-Junio 2017.

Nº de encuesta: Fecha: .../...../... Hora:.....

I. Características sociodemográficas

1. Edad: ... Años
2. Estado civil: () Soltera () Casada () Unión libre () Otro.....
3. Nivel de instrucción: () Primaria () Secundaria () Superior () Ninguno ()
4. Residencia: () Urbana () Rural
5. Situación laboral: () Empleada () Desempleada
6. Gestaciones N° _____
7. Partos N° _____



8. Cesárea N° _____

9. Abortos N° _____

II. Violencia obstétrica

Si No

1. ¿El personal de salud criticaba tu comportamiento con comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste?

2. ¿La trataron con sobrenombres o diminutivos o modificando su nombre en tono cariñoso como si fuera una niña incapaz de comprender las intervenciones que están realizando o el proceso de parto?

3. ¿Fue criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría o tristeza durante el trabajo de parto?

4. ¿Le resulto difícil o imposible aclarar sus dudas y manifestar sus miedos o inquietudes porque no le respondían o lo hacían de mala manera?

5. ¿Se le realizaron alguno o varios de los siguientes procedimientos sin pedirle consentimiento o informarle de los riesgos sin explicarle porque eran necesarios?

Prohibición de ingerir alimentos o bebidas

Indicación de permanecer acostada todo el tiempo.

Enema



Rotura artificial de la bolsa

Rasurado de genitales

Administración de medicación para acelerar el parto

Tactos vaginales reiterados y por diferentes personas

Comprensión del abdomen en el momento del parto

Episiotomía

Cesárea

Legrado

6. ¿Durante el periodo de dilatación la obligaron a permanecer acostada boca arriba, aunque refiriera incomodidad?

7. ¿La privaron de la posibilidad de caminar o buscar posiciones según sus necesidades?

8. ¿Durante el momento de expulsión le impidieron tomar la postura más cómoda para usted para pujar?

9. Durante todo el proceso ¿Se le impidió estar acompañada por alguien de confianza?

10. ¿Al momento del nacimiento se le impidió el contacto inmediato con su hijo antes de que se realizaran cuidado o intervenciones rutinarias (pesar, medir, administración de vacunas y baño)?



11. ¿La experiencia de la atención en el parto la hizo sentir vulnerable, incapaz, culpable o insegura?

12. ¿Conoce alguna ley que la respalde contra la violencia obstétrica?

Resultados: el Test para considerar que hay violencia obstétrica, consta de 12 preguntas. Si la parturienta registra una pregunta positiva entre la 1 a la 11 se considera la existencia de violencia obstétrica, la pregunta 12 es de conocimiento.

La respuesta positiva o negativa de los ítems que tienen relación con procedimientos médicos, se verificarán con la evolución registrada en la historia clínica de la paciente, en referencia a la normativa del ministerio de salud.

El Test de violencia obstétrica presentado ha sido realizado por varias organizaciones de salud en Argentina, como Dando a Luz, Maternidad Libertaria, Asamblea de Mujeres, MTD Lucha y Libertad de Lugano (FOB-Federación de Organizaciones de Base), Centros de Salud en Córdoba, fue aplicado en la Campaña nacional en Argentina, contra la violencia a las mujeres liderada por el Consejo Nacional de Mujeres, entre otros.